

Traitement du Glaucome Chronique

PAR LA

Sclérectomie Fistulisante

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 29 février 1936

PAR

François HÉRAN

Ex-interne en Ophtalmologie des Hôpitaux de Nice

né le 5 octobre 1909, à Montpellier (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

MM. VILLARD, professeur, président.
MASSABUAU, professeur.
CARRÈRE, agrégé.
GUIBAL, agrégé.

} Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ

(PIERRE ROUGE)

1936

Traitement du Glaucome Chronique

PAR LA

Sclérectomie Fistulisante

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Traitement du Glaucome Chronique

PAR LA

Sclérectomie Fistulisante

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 29 février 1936

PAR

François HÉRAN

Ex-interne en Ophthalmologie des Hôpitaux de Nice

né le 5 octobre 1909, à Montpellier (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

MM. VILLARD, professeur, président.
MASSABUAU, professeur.
CARRÈRE, agrégé.
GUIBAL, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ

(PIERRE ROUGE)

1936

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HÉDON
Chimie biologique et médicale.....	CRISTOL.
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD.
Clinique médicale.....	VIRES, asses.
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD.
Clinique obstétricale	MASSABUAU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge.....	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIÈRE, <i>doyen</i>
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT.
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LAPEYRE.
Matière médicale (ch. de c.).....	VILLARD.
Radiologie (ch. de c.).....	TERRACOL.
Anatomie (ch. de c.).....	CABANNES.
Histologie (ch. de c.).....	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TÊDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR,
BERTIN-SANS et GALAVIELLE.

Chargés de cours complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGÈS.
Pathologie externe	AIMES.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRÉRA.
Clinique phthisiologique.....	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale.....	BOULET.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON.
Stomatologie.....	D ^r WATON.

Agrégés en exercice

Médecine.....	MM. BOULET.	Chirurgie.....	MM. AIMES.
	PAGÈS.		MOURGUE-MOLINES.
	JANBON		GUIBAL.
	BAUMEL		ROUX.
	VIDAL	Obstétrique	COLL DE CARRERA
		Bactériologie.....	CARRÈRE.

Examineurs de la thèse

MM. VILLARD, prof., <i>président</i> .	MM. CARRÈRE, agrégé.
MASSABUAU, prof.	GUIBAL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE,
LE DOCTEUR JOSEPH HÉRAN

INTRODUCTION

Il nous est agréable, au début de cette thèse inaugurale, de témoigner notre reconnaissance à Monsieur le Professeur VILLARD pour l'accueil si aimable qu'il nous réserve toujours dans son service. Avec le sujet de ce travail, nous lui devons quatorze observations personnelles, dont l'une, la plus ancienne de celles que nous publions, a le très grand mérite de remonter à près de quatorze ans.

Une grande part de notre reconnaissance va également à Monsieur le Docteur COLIN, Ophtalmologiste des Hôpitaux de Nice, qui a bien voulu nous garder à ses côtés comme interne, pendant deux ans.

Que Messieurs le Professeur Agrégé CARRÈRE et le Docteur DÉJEAN, qui ont eu l'amabilité de nous adresser plusieurs observations de leurs malades, trouvent ici le témoignage de notre gratitude.

A ces observations de clientèle privée, nous avons réuni vingt-quatre cas, relevés dans les Hôpitaux de Montpellier et de Nice. Malheureusement tous ne peuvent figurer sur notre statistique, soit qu'habitant trop

loin, les malades n'aient pu répondre à notre convocation, soit qu'ils n'aient été suivis depuis leur opération, soit qu'enfin ils soient restés muets à notre appel, par changement d'adresse, mauvaise grâce ou décès. Enfin nous avons trouvé beaucoup d'observations incomplètes, dont un grand nombre a été inutilisable.

A notre examen de malades, tous opérés il y a plus de dix-huit mois, nous avons surtout recherché avec précision, outre l'état de la cicatrice, l'acuité visuelle, la tension oculaire et le champ visuel.

Presque toutes les interventions relatives à nos observations, ont été pratiquées sur des yeux atteints de Glaucome chronique simple. Douze seulement ont été faites sur des yeux atteints de Glaucome subaigu (obs. 1 ODG, 16 ODG, 21 ODG, 4, 30, 35, 36, 37, 41) et deux sur des yeux qui antérieurement avaient présenté un Glaucome aigu (obs. 34 et 45).

Enfin nous n'avons relevé qu'une seule intervention sur un œil atteint de Glaucome chronique secondaire (obs. 48).

C'est en toute impartialité que nous examinerons leurs résultats.

En 1901, DE WECKER fit une enquête auprès de ses collègues, sur la valeur de l'iridectomie dans le Glaucome chronique. Quinze répondirent (dont ABADIE, CHEVALLEREAU, DE LAPERSONNE, LAGRANGE, TROUSSEAU et VALUDE) que l'iridectomie, comme les autres opérations, donnait des résultats médiocres et décevants. Puisqu'il faut conjurer, avant tout, les accidents d'hypertension intra-oculaire, et que cette hypertension a pour facteur secondaire une hypo-excrétion de plus en

plus marquée, il fallait résoudre le problème de la *fistulisation permanente*.

Ce problème fut résolu par LAGRANGE en 1905. Depuis cette date, le Glaucome chronique, considéré autrefois comme incurable, voit tous les ans son pronostic s'améliorer avec les progrès de la technique opératoire.

Les différents procédés, employés actuellement, découlent du principe de la *fistulisation*, celle-ci pouvant être externe, comme dans la sclérecto-iridectomie de LAGRANGE et la trépanation cornéo-sclérale d'ELLIOT, ou interne, comme dans la cyclodialyse de HEINE.

C'est l'étude de la fistulisation dans ses résultats que nous nous proposons d'entreprendre dans ce travail.

Après avoir dit quelques mots sur certaines opérations, pratiquées surtout à l'étranger, nous traiterons rapidement, dans une deuxième partie, les opérations qui intéressent les malades de nos observations.

Le chapitre trois réunira ces observations, dont le nombre s'élève à 48, et sera suivi d'un chapitre concernant leurs résultats.

Enfin nous résumerons les principales statistiques parues jusqu'à présent, concernant les résultats éloignés d'opérations fistulisantes dans le Glaucome chronique, et, de leur examen, nous essayerons de tirer quelques conclusions.

I

OPÉRATIONS PEU PRATIQUÉES EN FRANCE

Les travaux sont nombreux, qui ont paru sur la thérapeutique du Glaucome chronique. Aussi passerons-nous rapidement sur les procédés opératoires classiques — en particulier les opérations de LAGRANGE et d'ELLIOT — pour nous arrêter d'abord à des opérations peu connues en France, nous voulons parler de l'Iridenclesis et de la Cyclodialyse.

Cyclodialyse de Heine.

La particularité de la Cyclodialyse, c'est que seule, parmi les opérations antiglaucomateuses, elle agit uniquement par un *mécanisme interne*, sans aucune fistulisation sous-conjonctivale.

Quelques auteurs pensent que les effets de cette intervention, dans les cas où la tension reste au-dessous de la normale, peuvent être dûs à l'action du traumatisme

sur les nerfs ciliaires, entraînant une diminution de la sécrétion de l'humeur aqueuse.

Presque indemne de complications, elle est l'opération la plus inoffensive dans le glaucome. L'hémorragie de la chambre antérieure est une complication post-opératoire sans importance et l'issue de vitré est imputable à une faute de technique.

L'absence de complications tardives en ferait l'intervention idéale dans le Gl. Chr., si les *résultats* n'en étaient souvent *éphémères*.

Ceux-ci sont variables selon les formes cliniques et le stade de la maladie. D'après SALUS, on aurait 72 % de succès dans le Gl. Chr. Encore faudrait-il savoir ce que devient ce pourcentage après une observation de plus d'une année.

MANOLESCO donne 40 % seulement de bons résultats visuels et tensionnels au bout de quelques mois.

GROSZ, comparant les résultats de 570 trépanations selon ELLIOT et 540 cyclodialyses pratiquées en une période égale de dix ans, relève une nette supériorité de la trépanation.

Par contre MRAZOVA conclut à une égale valeur des deux opérations.

Il est donc difficile, comme on le voit, de se faire une opinion exacte de la valeur de cette intervention.

Iridenclesis de Holth.

L'Iridenclesis, qui semble illogique par son principe même, présente peu de risques. Mais l'enclavement irien est souvent mal supporté ; l'iris emprisonné dans la plaie limbique donne lieu à des tractions qui retentis-

sent sur le corps ciliaire, et se traduisent par des douleurs.

Les résultats favorables en sont exactement comparables à ceux de l'irido-sclérectomie. La véritable indication de l'iridenclesis de HOLTH est le Gl. Chr. non inflammatoire.

DEL BARRIO (de Séville) pense que, puisqu'il existe des opérations capables de normaliser la tension sans recourir à la fistulisation sous-conjonctivale, on doit s'adresser à ces dernières en premier lieu, et ne se croire autorisé de recourir à une fistulisation externe, à la vérité plus dangereuse, que devant la menace d'une cécité à brève échéance.

La fistulisation interne n'est représentée, nous l'avons dit, que par la cyclodialyse de HEINE, et cette opération laisse beaucoup à désirer dans ses résultats éloignés, d'où le peu de faveur dont elle jouit.

Il y a de nombreuses modifications apportées à la technique de HEINE. Il faut citer celle de ELSCHNIG, de SALUS, de HALBEN.

Les deux premières combinent une iridectomie et décollent une grande partie de la circonférence du corps ciliaire, la troisième propose d'introduire dans la lumière de la fistule interne, afin d'en éviter la fermeture, une artériole de veau.

Toutes ces modifications n'ont en rien changé les résultats de la Cyclodialyse, et si cette opération échoue souvent, cela vient de ce que la communication créée par la spatule se referme rapidement. Il est donc nécessaire de trouver un moyen d'empêcher la fermeture du canal scléro-ciliaire.

La solution est donnée par la théorie de DE WECKER

sur le mécanisme de la cicatrice filtrante dans l'iridectomie. Ce mécanisme a été perfectionné par HOLTZ, qui, dans son Iridenclesis, interpose l'iris, tissu étranger qui s'oppose au rapprochement des parois.

Et voici maintenant à titre de documentation, quelques données sur l'Iridenclesis scléro-ciliaire de DEL BARRIO.

Iridenclesis scléro-ciliaire de Del Barrio.

Technique. — Instillation de cocaïne et prise de la tension pour différencier le glaucome statique du glaucome dynamique (théorie de BONNEFON). Injection rétro-oculaire de Novocaïne adrénalinée et sous-conjonctivale temporo-supérieure. Nouvelle prise de la tension trois minutes après l'anesthésie. Taille d'un lambeau conjonctival temporo-supérieur, qui commence à 8 mm. du limbe, que l'on dissèque jusqu'à 4 mm. Incision sclérale avec la pique courbe à 5 mm. du limbe dans le méridien de X heures et demie pour l'œil droit, et de une heure et demie pour l'œil gauche. Perforation de la sclérotique dans un plan très tangent, sur une étendue de 2 à 3 mm.

Introduction d'une spatule à iris très courbe, entre la sclérotique et le corps ciliaire, en suivant le biseau de la lèvre sclérale antérieure, jusqu'à son apparition dans la chambre antérieure, en avant de la racine de l'iris. Débridement de l'angle dans le quadrant temporal supérieur, par des mouvements de latéralité. Retrait de la spatule et introduction d'un crochet mousse de HIMBY, pour prendre l'iris au niveau du sphincter, dès son introduction. Petite iridectomie, après retrait du

crochet, qui fait apparaître l'iris dans l'incision sclérale.

Suture de la conjonctive, après réduction du lambeau conjonctival.

Pansement binoculaire maintenu pendant vingt-quatre heures, et ablation des fils le cinquième jour.

Cette technique paraît plus facile et plus efficace que celle de MAUKSCH dans laquelle il y a absence de sphinctérotomie, traction de l'iris jusqu'au milieu du tunnel scléro-ciliaire, formant ainsi un pli. Ces manœuvres nécessitent une large incision sclérale, avec tous ses inconvénients, pour le passage de la pince à iris.

Complications. — Elles seraient sans gravité, d'après l'auteur. L'iritis légère est fréquente, mais est rapidement jugulée par l'Atropine et le Salicylate de Soude. Le décollement de la choroïde. La hernie du corps ciliaire, enfin l'issue du vitré, qui sont provoqués par une trop large incision sclérale.

Résultats. — Cette intervention serait spécialement indiquée dans le Gl. Chr. simple.

Les résultats en seraient beaucoup plus douteux dans le glaucome secondaire ainsi que dans le glaucome absolu, de même que pour les opérations fistulisantes externes.

Elle n'a pas été pratiquée dans le glaucome aigu. Son mérite résiderait dans son absence de complications graves et d'infection post-opératoire tardive.

Jusqu'à présent ses résultats paraîtraient valoir pour le moins ceux de la sclérecto-iridectomie. Mais le recul du temps est nécessaire pour apprécier justement cette nouvelle technique opératoire.

II

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES MALADES DE NOS OBSERVATIONS

Il existe différents procédés d'iridosclérectomie.

Plusieurs auteurs après LAGRANGE les ont décrits. Pour ne citer que les plus connus, ce sont ELLIOT, HOLTH et FORONI.

Nous résumerons ici les techniques des opérations de LAGRANGE et d'ELLIOT.

Indiquées dans le Gl. Chr. simple à petite hypertension, le Glaucome Irritatif et le Glaucome secondaire, lorsque l'iridectomie s'est montrée insuffisante pour abaisser la tension, ces opérations exigent un certain nombre de *conditions anatomiques*.

1° La cicatrice filtrante doit être placée dans l'angle de la chambre antérieure, à cheval sur la sclérotique et le limbe.

2° L'iridectomie est indispensable. Elle empêche l'iris

de venir faire bouchon dans le trou scléral, adhérer au bord de cet orifice, et empêcher toute filtration.

3^o L'iridectomie doit être périphérique. Elle doit être assez grande pour atteindre le petit cercle de l'iris, mais doit se limiter à ce point, car il est préférable de conserver le sphincter et d'assurer pour l'avenir la motilité de la pupille.

4^o La suture de la conjonctive, facultative, devient indispensable s'il y a eu incident opératoire, en particulier perte de vitré.

5^o Les opérations d'iridosclérectomie peuvent, à priori, être répétées plusieurs fois, sur le même œil, dans des points voisins. (Le cas s'est produit pour un malade de nos observations, chez lequel un deuxième ELLIOT a été pratiqué deux mois après la première trépanation. Obs. 37.) Mais si la première ne donne pas de cicatrice filtrante, quoique correctement faite, il est à craindre que les opérations suivantes ne fistulisent pas davantage. Le tissu de cicatrice, qui s'organise et vient combler la plaie sclérale, paraît provenir de réactions particulières, liées à une sclérose du tissu sous-conjonctival.

D'où cette règle que l'on peut formuler : *Lorsqu'un œil a été perdu par une opération fistulisante, il ne faut en aucune manière refaire la même opération et s'exposer au même insuccès sur l'autre œil.*

Technique de l'opération de Lagrange.

Nous résumons ici la technique donnée par DUVERGER et VELTER. car c'est elle qui a été suivie chez vingt-deux malades de nos observations, tous opérés à Montpellier.

L'anesthésie par instillation de cocaïne est suffisante dans la plupart des cas.

1^{er} TEMPS : Section du lambeau conjonctival et du lambeau scléral.

Avec le couteau de DE GRAEFE, tourné vers le haut, on pique d'abord la conjonctive à 2 mm. du limbe, on la ramène à 1 mm., en formant un pli conjonctival ; on pénètre ensuite dans la sclérotique à 3 mm. au plus de l'extrémité du diamètre vertical de la cornée. On fait, en un point symétrique de la cornée, ponction et contre-ponction, qui ne doivent pas être éloignées de plus de 5 à 6 mm.

La petite incision a un avantage considérable sur l'incision classique, qui ouvre l'œil sur une longueur égale au quart de la circonférence de la cornée.

On sectionne avec le couteau, par des mouvements alternatifs, un lambeau scléral en forme de bec, s'inclinant en arrière, pour atteindre une hauteur de 3 mm. à sa partie supérieure.

On achève le lambeau conjonctival, qui a été plus ou moins sectionné avec la sclérotique, surtout par le talon du couteau. On le conduit aussi haut et aussi loin que l'on veut.

2^e TEMPS : Dissection du lambeau.

Après avoir, à petits coups de couteau, séparé le lambeau conjonctival du bec scléral — cette dissection étant portée jusqu'à la conjonctive adhérente du limbe — on rabat la pointe du lambeau conjonctival, saisi avec une pince à iris.

3^e TEMPS : *Résection du lambeau scléral.*

Toujours avec le couteau, on sectionne le bec scléral, saisi avec la pince à capsule, en dirigeant le tranchant en bas et en arrière. Un aide maintient la conjonctive rabattue sur la cornée.

Il faut éviter de blesser l'iris, qui vient bomber dans la plaie. Cette plaie doit avoir, environ, 2 mm. de hauteur sur 3 de largeur.

Ce procédé au couteau paraît supérieur à tous les autres (ciseaux, emporte-pièce).

4^e TEMPS : *Iridectomie.*

Une grande incision rend difficile une iridectomie périphérique, car elle ouvre largement la chambre antérieure et fait sortir l'iris, souvent complètement.

5^e TEMPS : *Réapplication du lambeau conjonctival.*

Il est réétalé doucement avec la spatule et formera un revêtement protecteur parfait sur la section sclérale, qu'il débordé sur toute sa surface. Sa suture est généralement inutile.

Technique de l'opération d'Elliot.

1^{er} TEMPS : *Taille du lambeau conjonctival.*

Cette taille se fait aux ciseaux. Le lambeau est soigneusement disséqué jusqu'au limbe et rabattu sur la cornée. Il a une forme triangulaire. Avec le couteau, la pointe glissant au ras de la sclérotique, on achève sa dissection à petits coups. On est souvent gêné par une hémorragie, et on éraille souvent le lambeau.

2^e TEMPS : *Trépanation sclérale.*

La trépanation se fait avec une tréphine d'ELLIOT de 2 mm. au maximum de diamètre, et porte immédiatement en arrière du limbe, à la partie supérieure du diamètre vertical de la cornée.

Par des mouvements de rotation du trépan, on entame peu à peu les lames de la sclérotique, le trépan étant tenu bien normalement par rapport à la surface de celle-ci, pour éviter la pénétration brusque surtout en arrière, ce qui serait dangereux à cause de la blessure possible du corps ciliaire.

DÉJEAN propose de placer une bague sur le trépan, qui limiterait sa pénétration dans le globe.

Une diminution légère de résistance indique que la sclérotique est perforée. Si la rondelle sclérale n'est pas complètement détachée, il suffit de la saisir à la pince et de sectionner, d'un coup de couteau, la partie restante du tissu scléral.

3^e TEMPS : *Iridectomie.*

Elle est faite en mouchant l'iris, ou en saisissant à la pince le bourrelet irien, qui est sectionné au ras de l'enveloppe sclérale. L'iridectomie périphérique est ainsi facilement réalisée.

Enfin suture à la soie du lambeau conjonctival.

Cette technique ne diffère pas de la technique primitive, et ELLIOT lui-même a indiqué, il y a peu de temps, qu'après plus de vingt ans, il s'en tenait toujours à elle.

La trépanation sclérale a été pratiquée 35 fois dans nos observations.

III

OBSERVATIONS

Nous publions **48 observations** (pratiquées sur 28 hommes et 20 femmes). Nous les avons classées d'après l'acuité visuelle initiale et le résultat visuel au moment du dernier examen, en donnant dans chaque groupe la priorité aux observations les plus anciennes. Quand l'une d'elles intéressait les deux yeux, nous l'avons fait figurer dans le groupe du meilleur résultat, nous contentant de rappeler son numéro dans le groupe qui intéressait l'autre œil.

Dans 9 cas, les deux yeux ont été opérés. Notre statistique portera donc sur **57 fistulisations**.

OBSERVATIONS

1^o ACUITÉ VISUELLE INITIALE ÉGALE OU SUPÉRIEURE A 0,1

a) Acuité visuelle augmentée.

1. M. N. Yves, 52 ans. (Hôp. St-Roch) (9 ans).

Nov. 1926. ODG : Gl. subaigu.

VOD = 0,7 TOD = 35

VOG = 0,5 TOG = 60

C.V. : Rétréci concentriquement et légèrement à Droite, très rétréci sauf en bas à Gauche.

ODG : ELLIOT à une semaine d'intervalle.

Oct. 1927. VOD = 1 TODG = 30

VOG = 0,9

Fév. 1935. OD : ENUCLÉATION pour Panophtalmie.

OG : Bonne fistule. VOG = 0,9

TOG = 35

2. M. C., 35 ans. (M. le professeur VILLARD) (9 ans).

Déc. 1925. OD : Gl. Chr. très avancé.

VOD = 0,1 TOD = 50. Forte excavation papillaire.

C.V. : Rétrécissement nasal important.

OG : Gl. Chr. au début sans atteinte manifeste du C.V.

Légère excavation atrophique de la papille.

VOG = 0,4 . TOG = 30

Janv. 1926. OD : LAGRANGE sans incident.

Déc. 1926. OG : LAGRANGE après aggravation des symptômes

Nov. 1935 . OD : Très bonne fistule.

VOD = 1/50 . TOD = 15

OG : Bonne fistule filtrante.

VOG = 0,5 (avec 90°-2) . TOG = 12

C.V. : Subnormal. L'excavation papillaire
n'a pas progressé depuis l'opération.

N.-B. — Il est intéressant de noter la perte de l'OD malgré
une bonne fistule et une tension basse.

3. Mme R. P., 58 ans (M. le docteur DÉJEAN) (7 ans).

Août 1928. ODG : Gl. Chr. — Antécédents : Tuberculose.

OD : Perdu il y a dix ans par Glaucome.

OG : Début il y a 8 ans : Brouillards intermittents. — Poussée de Glaucome aigu
(8 jours).

VOD = 0

VOG = 0,5

Sept. 1928. OG : ELLIOT.

Oct. 1928 VOG = 0,9 après correction.

Août 1930 Conjonctivite avec Iritis qui cède à l'Argyrol.

1933. Poussée de Tension : « voile et arc-en-ciel ».

Depuis OG : bien.

4. Mme F. Angèle, 47 ans. (Hôp. St-Roch) (6 ans).

Oct. 1926. OG : Gl. subaigu.

VOG = 0,4 . TOG = 45

C.V. : Moyennement rétréci.

OD : Normal.

OG : ELLIOT.

Oct. 1932. VOG = 0,9 après correction (+ 1,50)

TOG = 15.

Le C.V. s'est amélioré (70° en bas et en dehors).

Bonne cicatrice.

5. Mme X., 45 ans (M. le professeur VILLARD) (5 ans $\frac{1}{2}$).
Avril 1930. OD : Glaucome absolu datant d'un an. $V = 0$.
OG : Gl. Chr. ayant débuté 4 mois avant l'examen
 $VOG = 0,4$ à $0,5$ $TOG = 35$.
C.V. : Rétrécissement nasal.
Atrophie optique avec excavation.
Mai 1930. OG : LAGRANGE sans incident. Suites normales.
Bulle conjonctivale assez volumineuse.
 $TOG = 15$.
Déc. 1935. Persistance de la fistule et de la boule
d'œdème conjonctivale. L'excavation
et l'atrophie de la papille n'ont pas
progressé.
 $VOG = 0,6$ (avec $0^0 + 1 + 1$) $TOG = 17$.
6. M. J., 69 ans. (M. le professeur VILLARD) (3 ans $\frac{1}{2}$).
Mars 1929. OD : Gl. Chr. au début.
 $VOD = 0,5$ $TOD = 35$.
OG : Gl. Chr. avec forte excavation de la papille.
 $VOG = 1/100^e$ $TOG = 50$.
Avril 1929. OD : LAGRANGE. Suites normales. Bonne fistule.
Août 1932. $VOD = 0,7$ $TOD = 18$.
Excellente fistule avec grosse boule d'œdème
7. M. N., 67 ans. (M. le docteur CARRÈRE) (3 ans).
1932. OD : Iridectomisé pour Gl. aigu il y a 15 ans.
 $VOD = 0,4$ après correction. $TOD = 20$.
C.V. : Normal.
OG : Gl. Chr. depuis 2 ans.
Réflexes très lents.
Plages iriennes atrophiques.
Papille légèrement décolorée.
 $VOG = 0,3$ $TOG = 40$.
C.V. : Encoche nasale étendue.
SCLÉRECTO-IRIDECTOMIE (Pince de Vacher
et Iridect. périph.).

Mars 1935 OG : Cicatrice filtrante parfaite.
VOG = 0,6 TOG = Normale.
C.V. : Normal.

8. Mme B. J., 40 ans. (M. le docteur DÉJEAN) (3 ans).

Juill. 1932. OG : Gl. Chr. depuis 2 ans, traité médicalement.
Trouble visuel progressif.
Grosse excavation de la papille.
VOG = 0,1, non améliorable. TOG = 80.
C.V. : Fortement rétréci, surtout en haut
et en dedans.

Sept. 1932. OG : ELLIOT.

1933. VOG = 0,9.

Cet excellent état oculaire et visuel s'est maintenu jusqu'à ce jour, chez cette opérée relativement jeune.

9. M. V., 57 ans. (M. le professeur VILLARD) (2 ans).

Avril 1933. OD : Glaucome absolu.

OG : Gl. Chr. Légère atrophie du N.O. avec excavation.

VOG = 0,8 TOG = 40.

C.V. : Rétrécissement nasal avec scotome
para-central de BJERRUM.

Avril 1934. VOG = 0,8 TOG = 44.

OG : LAGRANGE sans incident.

Juin 1934. Bonne fistule VOG = 0,9 à 1 (avec 0° + 1 + 0,50).
TOG = 10.

Janv. 1936 VOG = 1 faible (après correction).
TOG = 11.

Fistule en état de parfait fonctionnement.

10. M. R., 54 ans. (M. le professeur VILLARD) (2 ans).

Nov. 1928. OD : Gl. Chr. Excavation de la papille.

VOD = 0,1 qui remonte à 0,6 par un traitement intensif à la pilocarpine, mais redescend dès que la pilo est diminuée.

TOD = 40.

Janv. 1929. OD : LAGRANGE. Suites normales.

Janv. 1931. Excellente fistule avec belle boule d'œdème.

VOD = 0,7 (avec 0°+2).

Le malade est mort quelques mois plus tard, d'une maladie qui n'a pu être précisée.

11. Mme H. Marie, 71 ans. (Hôp. St-Roch) (2 ans).

Déc. 1933. ODG : Pupilles dilatées. Réflexes presque nuls.

VOD = 0,5 TOD = 55.

VOG = 0,5 TOG = 65.

Ch. visuel : Rétréci concentriquement surtout à Gauche. Après traitement médical, la tension est ramenée à 35 à Droite. Elle reste à 65 à Gauche.

ODG : ELLIOT à une semaine d'intervalle, OG d'abord.

Juin 1935. ODG : Bonnes fistules. Sclérose cristallinienne.

VOD = 0,6 (avec —3) TOD = 20.

VOG = 0,5 (avec —4) TOG = 13.

Ch. visuel : Identique à celui pratiqué en 1933.

12. Mme G. Marie, 60 ans. (Hôp. St-Roch) (2 ans).

Fév. 1925. OD : Gl. Chr.

VOD = 0,2 TOD = 45.

C.V. : Rétréci côté supéro-int. (30°).

OG : ENUCLÉÉ depuis 2 ans.

OD : ELLIOT.

Mars 1927. VOD = 0,3 après correction (90+2,50).

TOD = bonne au doigt.

C.V. : Identique au premier.

Cicatrice plate.

13. M. R., 52 ans. (M. le docteur CARRÈRE) (2 ans).

1933. ODG : Gl. Chr.

Azotémie = 0,80. T.A. = 23-11.

Siphylis ancienne.

OD : Cornée légèrement trouble. — Légère réaction périkeratique.

Mauvais réflexes. Mydriase moyenne.

Trouble du Vitré.

VOD = 1/50. TOD = 45.

C.V. : Difficile à préciser.

OG : Gl. absolu.

VOG = 0 TOG = 52.

Traitement de la poussée subaiguë de l'OD :

Injection de Sclérocaïne rétro-bulbaire (5 %).

Sangsues, bains de pieds sinapisés.

Ergophédrine pendant 10 jours.

OD : VOD = 0,2 TOD = 32.

C.V. : Encoche nasale (25°).

SCLÉRECTO-IRIDECTOMIE (pince emporte-pièce de Vacher).

1935.

VOD = 0,5 TOD = 25.

C.V. : Encoche nasale (20°).

Bonne cicatrice filtrante : Perle sous-conjonctivale.

14. Mme J. Virginie, 68 ans (Hôp. Général) (2 ans).

Oct. 1933. OD : Glaucome absolu.

OG : Glaucome Chronique.

VOG = 0,1 TOG = 33.

C.V. : Rétréci du côté nasal (30°).

Atrophie irienne très marquée (secteur sup.).

OG : LAGRANGE avec IRIDECTOMIE TOTALE.

Janv. 1935 VOD = 0.

VOG = 0,3 après correction (180-1)-2

TOG = 12.

Bonne cicatrice.

15. Mme P. H., 65 ans (M. le docteur DÉJEAN) (2 ans).

Juin 1933 ODG : Gl. Chr. (diagnostiqué et adressé par le Dr MAGITOT).

Papille pâle excavée.

VOD = 0,1 TOD = 70

VOG = P. L.

OG : Cataracte choroïdienne. Réflexe photomoteur aboli.

Juill. 1933 OD : ELLIOT.

Sept. 1935. VOD = 0,3 après correction (astigmatie hypermétropique).

16. Mme B., 49 ans. (M. le docteur CARRÈRE) (1 an 1/2).

Déb. 1934. ODG : Gl. irritatif.

Réaction périkeratique plus marquée à Droite.

Réflexes abolis. Myosis.

Papille blanche excavée.

VOD = 0,2 TOD = 35

VOG = 0,3 TOG = 40

C.V. : Encoche nasale large.

Traitement médical qui ne donne aucune amélioration.

OD : SCLÉRECTO-IRIDECTOMIE (Pince de Vacher; Iridect. périph.).

Un mois OD : Bonne cicatrice filtrante.

après. Papille blanche non excavée ; vaisseaux paraissant normaux.

VOD = 0,6 après correction. TOD = 20

C.V. : Presque normal.

OG : Etat stationnaire.

Avril 1934. OG : SCLÉRECTO-IRIDECTOMIE (Pince de Vacher; Iridectomie périph.).

Mai 1934. Cicatrice filtrante légèrement bloquée.

Papille blanche ; légère excavation.

VOG = 0,5 après correction. TOG = 23

C.V. : Encoche nasale étendue au 1/3 du champ.

Juin 1935. VOD = 0,6 après correction.

VOG = 0,4 » »

17. M. A. Jean, 61 ans. (Hôp. St-Roch) (1 an $\frac{1}{2}$).

Nov. 1933. OD : Gl. Chr.

VOD = 0,1 TOD = 55

C.V. : Rétréci du côté nasal,

OG : Normal.

OD : ELLIOT.

Juin 1935. VOD = 0,2 TOD = 18

C.V. : Très rétréci du côté nasal et dans la moitié inférieure (10^0).

Bonne ampoule filtrante.

b) **Acuité visuelle stationnaire.**

18. Mme R. G., 62 ans. (M. le docteur DÉJEAN) (6 ans).

Janv. 1929. ODG : Gl. Chr. Hypertension artérielle ($Mx = 20$)

VOD = 0,7 TOD = 35

VOG = 1/50 TOG = 70

OG : Papille excavée ; Atrophie optique.

OD : Gl. Chr. intermittent.

Déc. 1932. VOD = 0,2 TOD = 55

OD : ELLIOT. Bon résultat immédiat.

Juin 1933. VOD = 3,50 = 0,9.

Juin 1935. VOD = 0,2 après correction.

19. M. S. Victor, 61 ans. (Hôp. St-Roch) (5 ans).

Fév. 1925. OG : Gl. Chr.

VOG = 0,2 TOG = 60

C.V. : Rétréci concentriquement (20^0).

OD : Normal.

OG : ELLIOT.

Déc. 1928. VOG = 1/20. Grosse excavation.

VOD = 1 TOD = 35.

C.V. (OD) : Presque normal.

OD : ELLIOT.

Juin 1935. VOD = 1. TOD = 16.

20. M. J., 57 ans. (M. le professeur VILLARD) (4 ans).

Fév. 1927. OD : Gl. Chr. compliqué, de temps en temps, par de légères poussées subaiguës, avec perception d'arcs-en-ciel.

VOD = 0,9. TOD : Varie de 30 à 40.

OG : Normal.

Avril 1929. OD : LAGRANGE. Très bon résultat.

Avril 1933. Bonne fistule avec grosse boule d'œdème.

VOD = 0,9 faible. TOD = 12.

21. Mme G. Marie, 58 ans. (Hôp. St-Roch) (3 ans).

Oct. 1932. ODG : Gl. Chr. à poussées subaiguës.

VOD = 0,7 TOD = 60

VOG = 0,7 TOG = 30

Ch. V. légèrement rétréci à Droite (côté inféro-interne).

ODG : ELLIOT.

Juill. 1935. VODG = 0,7 TODG = 20

Cicatrices plates.

Ch. V. : Normaux.

22. M. G. Jules, 68 ans. (Hôp. Général) (3 ans).

Avril 1932 OD : Papille blanche.

Vaisseaux grêles.

Début d'excavation.

VOD = 0,4 TOD = 35

C.V. : à peine rétréci.

OG : Réflexes abolis.

Cornée trouble et insensible.

Fond inéclairable.

VOG = 0 TOG = 405

LAGRANGE.

Mai 1933. VOD = 0,4. TOD = 50.

C.V. (OD) : Rétrécissement (30°) allant à 15° dans la partie inféro-interne.

LAGRANGE avec Iridectomie périphérique.

- Janv. 1935. ODG : Bonnes cicatrices (ampoules filtrantes).
VOD = 0,4 (avec —1) TOD = 6
VOG = 0 TOG = 3
Le C.V. est resté ce qu'il était avant l'opération.
23. Mme M. Angèle, 65 ans. (Hôpital Général) (3 ans).
Mai 1932. ODG : Gl. Chr.
Baisse de la vision depuis 6 mois.
Opacités cristalliniennes.
VOD = 0,2 TOD = 80
VOG = 0,8 TOG = 40
OD : LAGRANGE (Grosse résection sclérale).
Juin 1935. OD : Bonne bulle au niveau de la fistule.
Opacités cristalliniennes surtout en bas et
en dedans.
VOD = 0,2 TOD = 11
OG : Non opéré : Gl. absolu.
VOG = 0 TOG = 90
24. M. B., 71 ans. (M. le professeur VILLARD) (2 ans).
Nov. 1928. OD : Glaucome absolu.
OG : Gl. Chr. Excavation de la papille et atrophie N. O.
VOG = 0,4 à 0,5 TOG = 30
C.V. : Rétrécissement nasal.
Janv. 1929. OG : LAGRANGE. Issue d'une gouttelette de vitré.
Persistance d'un effacement de la chambre antérieure.
Mars 1931. Fistule petite, mais fonctionnant très bien.
VOG = 0,4 (avec 0°+1-2) TOG = 15
Le malade n'a plus été revu depuis cette date.
25. M. E. Fortuné, 79 ans. (Hôpital Général) (2 ans).
Août 1933. OD : Gl. Chr.
Papille excavée.
VOD = 2/50 TOD = 50
C.V. : Très rétréci du côté nasal.

Après traitement médical :

VOD = 0,4 TOD = 30

Le Ch. visuel est encore très rétréci (10°).

OD : ELLIOT.

Sept. 1935. VOD = 0,4 TOD = 15

Le. C. V. n'a pu être repris.

26. Mlle de St-P., 73 ans. (Hôpital Général) (2 ans).

Juill. 1933. OG : Gl. Chr.

Petit Leucôme central.

Pupille très dilatée.

Excavation papillaire.

VOG = 0,1 TOG = 60

C.V. : Très rétréci concentriquement (15°).

OG : LAGRANGE.

Janv. 1935. La malade refuse de se faire examiner. Elle prétend pouvoir se conduire avec son seul œil Gauche ; c'est donc que l'Acuité s'est maintenue aux environs de 0,1.

Aucun renseignement sur le C. V.

Bonne ampoule filtrante. Œil hypotone.

27. M. L., 56 ans. (M. le professeur VILLARD) (1 an 1/2).

Fév. 1909. OD : Hémorragie maculaire, petit scotome central.

VOD = 0,5 TOD = N.

Mars 1909. OD : Neuro-rétinite hémorragique.

VOD = 0,1.

OG : Normal.

Janv. 1927. OD : Gl. absolu.

VOD = 0 TOD = 40

OG : Début d'atrophie optique.

VOG = 0,4 TOG = 18

Juin 1928. VOG = 0,4 TOG = 30

Juill. 1928. OG : LAGRANGE avec Iridectomie périphérique.

Hyphéma. Bonne fistule.

Déc. 1930. Boule d'œdème de volume assez réduit.

Persistance d'une excellente fistule.

VOG = 0,4 (après correction 90°-0,50).

TOG = 15.

28. M. L., 57 ans. (M. le docteur CARRÈRE) (1 an 1/2).

Janv. 1934. OD : Gl. Chr.

VOD = 0,2 TOD = 40. Large encoche nasale.

SCLÉRECTO-IRIDECTOMIE (après injection rétrobulbaire de Scuro.).

Fév. 1934.

Cicatrice en partie obturée.

Papille blanche excavée.

VOD = 0,2 TOD = 22

Juill. 1935.

Obstruction de la cicatrice.

La Tension = 25.

VOD = 0,2. C.V. n'a pas été récupéré.

OG : Gl. hémorragique. VOG = 40.

29. M. Ch., 57 ans. (M. le professeur VILLARD) (1 an 1/2).

Juill. 1927. OD : Gl. Chr.

Atrophie et excavation papillaire.

C.V. : Important rétrécissement nasal.

VOD = 0,1 TOD = 50

OG : Léger début de Glaucome.

VOG = 0,6 TOG = 28

OD : SCLÉRECTOMIE selon LAGRANGE, avec Iridectomie périphérique.

Nov. 1928. OD : Bonne fistule avec petite boule d'œdème.

VOD = 0,1 TOD = 18

Le malade n'a pas été revu depuis cette date.

Voir aussi Obs. 1 OG.

11 OG.

c) **Acuité visuelle diminuée,**

mais restant égale ou supérieure à 0,1.

- 30.** Mme B., 66 ans. (M. le professeur VILLARD (13 ans $\frac{1}{2}$).
Mai 1920. OD : Gl. subaigu. Traitement par Pilocarpine.
VOD = 0,3 TOD = 35.
Mars 1921. OD : Les crises de Glaucome se rapprochent malgré le traitement.
IRIDECTOMIE (large et périphérique), sans incident.
VOD = 0,4 TOD = 20.
Juin 1921. OG : Glaucome subaigu.
VOG = 0,2 TOG = 40.
Pilocarpine à doses intensives.
Juill. 1921. OG : IRIDECTOMIE périphérique et très large.
Oct. 1921. VOD = 0,4 (avec 0^0+2).
VOG = 0,4 (avec 15^0+1).
Fév. 1922. OD : Crises légères de Gl. subaigu. TOD = 45.
Juill. 1922. OG : Crises de Gl. subaigu.
TOG = 40 VOG = ($15+2$) = 0,2
LAGRANGE sans incident.
Août 1922. OG : Bonne fistule bulleuse.
VOG (30^0+5-2) = 0,3 TOG = 15.
Mai 1925. OD (déjà iridectomisé) : Crise violente de Gl. aigu.
Déc. 1925. OD : Kératite infectieuse à marche rapide, nécessitant une ENUCLÉATION.
Janv. 1936. OG : Fistule excellente, grosse boule d'œdème.
VOG (30^0+3-2) = 0,3 TOG = 12.
N.-B. : Après une SCLÉRECTOMIE pratiquée le 13-7-1922.
- 31.** M. A. Honoré, 42 ans. (Hôp. St-Roch) (11 ans).
Fév. 1924. OG : Gl. Chr.
VOG = 0,5 TOG = 45.
Champ visuel : 40^0 (côté nasal).
ELLIOT.

Fév. 1935. OG : Papille très pâle, excavée.
La fistule paraît bouchée.
VOG = 0,3, TOG = 70.
Le Champ visuel s'est rétréci, surtout dans
la moitié inférieure (5°).

32. M. A., 53 ans. (M. le professeur VILLARD) (8 ans).

Mars 1927. OD : Gl. Chr. Atrophie et excavation papillaires.
VOD = 0,9 TOD = 30.
C. V. : Rétrécissement nasal.

OG : Normal.

Avril 1927. OD : LAGRANGE. Très grand lambeau conjonctival non suturé. — Suites opératoires parfaites.

Déc. 1931. Excellente fistule bulleuse.
VOD = 0,8 (avec 25° + 2,50-2,25). TOD = 15.

Juin 1935. Même état.

33. Mme F. Pauline, 65 ans. (Hôp. St-Roch) (8 ans).

Janv. 1926. ODG : Gl. Chr.
VOD = 0,6 + 0,75 = 0,7. TOD = 45
VOG = 0,7. TOG = 35
Ch. V. OD : Légèrement rétréci.
— OG : Normal.

ODG : ELLIOT.

Janv. 1934. ODG : Opacités cristalliniennes.
VOD = 0,1.
VOG = la main à 1 mètre.
TODG = 35.

34. M. L.-Louis, 64 ans. (Hôp. St-Roch) (7 ans).

Déc. 1928. ODG : Gl. Chr.
VOD = 1 TOD = 40
VOG = P. L. TOG = 60
C.V. (OD) : Légèrement rétréci concentriquement (surtout partie inféro-interne).
OD : ELLIOT.

Janv. 1929. VOD = 0,5. TOD = 18.
Mars 1929. VOD = 0,7. TOD = 25.
Avril 1930. VOD = 0,9 (avec 165⁰⁻¹). Pas de Tension.
Fév. 1935. VOD = 0,9 (avec 165^{b-1}).

Le C. V. s'est montré identique à chaque examen ; peut-être s'est-il très légèrement rétréci du côté nasal.

35. Mme R. Eugénie, 48 ans. (Hôp. St-Roch) (6 ans).

Déc. 1929. ODG : Gl. subaigu.

VOD = 0,9 VOG = 0,9

La Tension n'a pas été notée.

OG : ELLIOT.

Janv. 1930. OD : IRIDECTOMIE.

Mars 1935. VOD : = 0,8 après correction de l'astigmatisme hypermétropique.

VOG = 0,8, *id.*

TOG = 35.

C. V. : Bon ; pas de retrécissement sensible.

OG : Bonné ampoule filtrante.

Pas d'excavation de la papille.

36. Mme D., 51 ans. (M. le professeur VILLARD) (3 ans).

Janv. 1927. OD : Glaucome absolu.

OG : Glaucome subaigu avec crises d'obnubilation et perception d'arcs-en-ciel.

VOG = 0,3 TOG = 30.

LAGRANGE sans incidents opératoires.

Juill. 1927. Excellente fistule.

VOG = 0,2 TOG = 17.

-Août 1930. Même état.

37. M. B. Toussaint, 61 ans. (Hôp. St-Roch) (3 ans).

Mars 1924. OG : Glaucome subaigu résistant à la Pilocarpine.

VOG = 0,9 TOG = 45

OD : Glaucome ancien.

VOD = 0.

OG : ELLIOT.

- Mai 1924. OG : Fistule obturée. La Tension est encore bonne
Deuxième ELLIOT.
- Oct. 1925. VOG = 0,5 TOG = 30
C. V. : Moyennement rétréci concentrique-
ment.
- Juin 1927. VOG = 0,5 TOG = 28
38. Mlle L. Elisa, 69 ans. (M. le docteur COLIN) (2 ans).
Sept. 1933. OD : Gl. subaigu.
OG : Gl. chronique avec un bon Ch. V.
VOD = La main à 0,50.
VOG = 0,4. TOD = 0 avec 5,5 (Schiötz).
TOG = 0 » » »
ODG : IRIDECTOMIE.
- Oct. 1933. OG : Rechute.
ELLIOT.
- Fév. 1935. VOG = 0,3 (avec + 1 sph.).
TOG = Bonne.
Bonne cicatrice.
39. Mlle D., 53 ans. (M. le docteur DÉJEAN) (2 ans).
Avril 1930. OG : Crise de Gl. aigu.
VOD = 0,4.
VOG = 0,2 TOG = +++
Mauvais état général. Dyspepsie ; tendance à la
Neurasthénie.
T. A. et Urines : Normales.
- Sept. 1930. VOD = 1 après correction.
VOG = 1 » »
VODG = Diminution progressive. TOG = 70.
- Juill. 1933. OG : ELLIOT.
- Mars 1934. VOG = 0,4 après correction.
TOG = Normale.
Etat à peu près stationnaire depuis.
40. M. A., 68 ans (M. le professeur VILLARD) (1 an 1/2).
Mars 1932. OD : Gl. Chr.

VOD = 0,8 (avec $90^0 + 0,50 + 1,75$).

TOD = 40.

C. V. : Rétrécissement nasal.

OG : Gl. absolu.

VOG = 0.

TOG = 55.

Juill. 1934. OD : LAGRANGE sans incident.

Janv. 1935. OD : Excellente fistule avec boule d'œdème.

Le C. V. ne s'est pas rétréci.

L'excavation papillaire n'a plus progressé

VOD = +1 = 0,7 à 0,8. TOD = 12.

Nov. 1935. OD : Iritis d'origine dentaire. Exsudats discrets.

VOD = 0,5 (avec +1) TOD = 10.

Atropine matin et soir. Avulsion de la racine infectée.

Déc. 1935. OD : Plus de trace d'iritis.

VOD = 0,7. TOD = 10.

N.-B. — L'iritis a-pu être traitée à l'atropine du fait de la fistulisation.

41. Mme M. Victoire, 41 ans. (Hôp. St-Roch) (1 an).

Mai 1934. OG : Poussée de Glaucome subaigu.

VOG = 1/25.

C. V. : Rétréci côté inféro-interne.

Après traitement médical, IRIDECTOMIE.

Juin 1934. VOG = 0,7 après correction ($85^0 - 4 + 1$).

TOG = 40.

OG : ELLIOT.

Juin 1935. VOG = 0,5 après correction. TOG = 28.

Le C. V. n'a cessé de s'améliorer au cours des différents examens.

VOD : Normal.

d) **Acuité visuelle tombée à moins de 0,1.**

42. M. B., 44 ans. (M. le professeur VILLARD) (7 ans).

Juill. 1928. OD : Gl. Chr. Légère atrophie et excavation papillaires.

VOD = 0,3 (avec —3). TOD = 35.

C. V. : Rétrécissement nasal très marqué.

LAGRANGE. Bon résultat. La fistule fonctionne très bien pendant plusieurs années. Acuité de 0,3 conservée. —

TOD = 18 à 20.

OG : Normal.

Nov. 1934. Diminution de la vision de OG.

La fistule de OD paraît s'obturer.

VOD = 1/25. TOD = 50.

Avril 1935. OD : Cornée floue. La fistule ne fonctionne plus.

VOD = 0. TOD = 60.

N.-B. — Il est intéressant de noter que c'est après 6 ans que la fistule s'est obturée et l'œil perdu.

43. M. B. Louis, 68 ans. (Hôp. St-Roch) (6 ans).

Mars 1935. ODG : Gl. Chr.

Excavation papillaire.

Aucun réflexe pupillaire.

VOD = 0,7 TOD = 35

VOG = 0,7 TOG = 45

C. V : Moyennement rétréci aux deux yeux.

ODG : ELLIOT.

Mai 1927. VOD = 0,7 TOD = 30

VOG = 0,2 TOG = 45

Mai 1931. Le malade ne s'est pas fait surveiller depuis 1927.

VOD = 1/20. TOD = ++

VOG = P. L. TOG = ++

44. M. B. Julien, 61 ans. (Hôp. St-Roch) (3 ans).
Juin 1927. OD : Cataracte complète.
Bonne projection. Bonne vision des couleurs.
Déc. 1927. Extraction après IRIDECTOMIE préparatoire.
TOD = 45.
Fév. 1928. VOD = $(15^{\circ} + 3,50 + 9) = 0,2$.
ELLIOT après ponction une semaine avant.
Urée sanguine = 2,30 pour 1.000.
*Déc. 1931. OD : Cataracte secondaire. VOD = P. L.
45. M. O. Edmond, 57 ans. (Hôp. St-Roch) (3 ans).
Nov. 1929. OD : Gl. aigu.
IRIDECTOMIE.
Janv. 1930. VOD = 0,1 TOD = 47
C. V. : Très réduit du côté inféro-interne.
ELLIOT.
Mai 1932. OG : Gl. Chr.
VOG = 0,2 TOG = 47
C. V. : Rétréci en dedans.
Oct. 1933. Cécité complète et définitive.
46. Mme G. Vve P., 50 ans. (Hôpital Général) (3 ans).
Déc. 1932. ODG : Réflexes irido-moteurs abolis.
Papilles excavées.
Gl. Chr. à évolution lente et progressive.
VOD = 0,1 TOD = 20
VOG = la main à 30 cm. TOG = 20
Ch. V. : Existe seulement en dehors et
en bas (15°).
OD : LAGRANGE.
Mars 1933. VOD = 0,4.
Juin 1935. OD : Cicatrice plate.
VOD = $1/20$ TOD = 50
OG : Glaucome absolu. VOG = 0.
47. M. G. Pierre, 74 ans. (Hôpital Général) (2 ans).
Oct. 1933. OD : Gl. Chr. ancien.

Bons réflexes.

Papille pâle, un peu excavée.

VOD = 2/50 TOD = 40

OG : Gl. absolu.

VOG = Q TOG = 70

Après traitement à la Pilocarpine de 5 jours :

VOD = 0,1 TOD = 33

OD : LAGRANGE avec IRIDECTOMIE TOTALE.
et Sclérectomie légère.

Janv. 1935. OD : Opacités cristalliniennes ramenant l'Acuité
à 1/20.

Bonne cicatrice. Tension +.

Voir aussi : Obs. 2 OD.

19 OG.

33 OG.

2^o ACUITÉ VISUELLE INITIALE INFÉRIEURE A 0,1

a) Acuité visuelle initiale et finale nulle.

Voir Obs. 22 OG.

b) Acuité diminuée.

48. M. G. Charles, 48 ans. (Hôp. St-Roch) (4 ans).

Fév. 1931. ODG : Glaucome secondaire à Iritis.

Mars 1931. OG : IRIDECTOMIE après deux PARACENTÈSES.

Oct. 1931. VOD = 0,1 VOG = 1/25

C. V. (OG) = Légère limitation du Champ
interne.

TOG = 60

OG : ELLIOT.

Mars 1932. VOG = 1/15 TOG = 47.

Nov. 1934. VOG = 1/200 TOG = 70.

Le C. V. ne dépasse pas 10°, sauf du côté
externe (35°).

IV

RESULTATS ELOIGNES

Notre statistique portera sur **55 cas de Glaucome Chronique**, suivis durant un temps variant de dix-huit mois à treize ans.

Nous laisserons de côté deux observations (obs. 22 OG : Glaucome absolu, et 48 : Glaucome secondaire).

C'est d'après ces 55 cas (48 Gl. Chr. simples et 7 Gl. Chr. irritatifs) que nous allons étudier l'acuité visuelle conservée, la tension oculaire et le champ visuel, après les opérations pratiquées.

Résultats visuels.

1° Sur 45 yeux dont l'acuité visuelle initiale était supérieure à 0,1 au moment de l'opération :

15 fois l'acuité a été améliorée (l'amélioration allant de 1 à 5 dixièmes) ;

12 fois l'acuité est restée stationnaire ;

12 fois elle a diminué (en restant supérieure à 0,1)

6 fois, enfin, elle est tombée à moins de 0,1.

2^o Sur 10 yeux dont l'acuité visuelle initiale était égale, à 0,1 au moment de l'opération :

Aucun ne perdit complètement la vision ;

4 avaient une acuité supérieure à 0,1. — Parmi ces 4 cas, il s'agissait une fois (Obs. 8) d'une jeune femme de 40 ans, atteinte de Gl. Chr. évoluant depuis 2 ans et traité médicalement. L'acuité finale = 0,9.

2 conservèrent 0,1.

4 seulement virent leur acuité diminuer (celle-ci allant de 1/20^e à la perception lumineuse).

Ce classement permet déjà de reconnaître parmi nos 55 cas observés, **72 % de bons résultats visuels**. Encore ne peut-on en déduire que tous les autres comportent un mauvais résultat, puisque sur les 5 malades dont la vision baissa après l'opération de plus de 1/10^e, tout en restant supérieure à 0,1, il en est 2 qui avaient encore 0,5, et 1 qui avait 0,4.

Chez un seul l'acuité passa de 0,6 à 0,1, et ce mauvais résultat est, en partie, imputable à un début de cataracte (Obs. 33.)

Si l'on en juge par les deux cas que nous avons observés (Obs. 39 et 45), l'opération est suivie d'échec dans le Gl. Chr. inflammatoire. Dans le premier cas l'acuité est passée de 1 à 0,4, dans le second de 0,1 à 0.

Ne nous faisant aucune illusion, nous pensons qu'il faut considérer comme un très bon résultat, la conservation de l'acuité existante.

Si, dans beaucoup de cas, l'acuité paraît être relevée,

c'est que le malade a été examiné au moment d'une poussée de tension, atteignant momentanément la valeur fonctionnelle de son œil.

Les meilleurs résultats apparents ne sont-ils pas, du reste, ceux de Glaucomes irritatifs ?

Peut-être aussi la prise de l'acuité, après une parfaite correction, est-elle plus soigneusement faite après l'opération.

ÉVOLUTION DE L'ACUITÉ DES YEUX FISTULISÉS.

OBS.	SEXE	AGE	A. V. Antér.	DURÉE d'Obs.	A. V. Conserv.	REMARQUES
30	F	66	VOG = 0,4	13 1/2	VOG = 0,3	LAGRANGE. Gl. subaigu.
31	H	42	VOG = 0,5	11	VOG = 0,3	ELLIOT. Fist. obturée.
1	H	61	VOD = 0,7	9	VOD = 1.	ELLIOT. Gl. subaigu.
			VOG = 0,5		VOG = 0,9	ELLIOT. Gl. subaigu.
2	H	35	VOD = 0,1	9	VOD = 1/50	LAGRANGE.
			VOG = 0,4		VOG = 0,5	LAGRANGE.
32	H	53	VOD = 0,9	8	VOD = 0,8	LAGRANGE.
33	F	65	VOD = 0,6	8	VOD = 0,1	ELLIOT. Opac. cristal.
			VOG = 0,7		VOG = 1/50	ELLIOT. Opac. cristal.
34	H	64	VOD = 1.	7	VOD = 0,9	ELLIOT.
3	F	58	VOG = 0,5	7	VOG = 0,9	ELLIOT.
42	H	44	VOD = 0,3	7	VOD = 0.	LAGRANGE. Fist. obturée.
35	F	48	VOG = 0,9	6	VOG = 0,8	ELLIOT. Gl. subaigu.
4	F	47	VOG = 0,4	6	VOG = 0,9	ELLIOT. Gl. subaigu.
43	H	68	VOD = 0,7	6	VOD = 0,05	ELLIOT. Fist. obturée.
			VOG = 0,7		VOG = P. L.	ELLIOT. Fist. obturée.
18	F	62	VOD = 0,2	6	VOD = 0,2	ELLIOT.
5	F	45	VOG = 0,5	5 1/2	VOG = 0,6	LAGRANGE.
19	H	61	VOD = 1.	5	VOD = 1.	ELLIOT.
			VOG = 0,2		VOG = 0,05	ELLIOT.
20	H	57	VOD = 0,9	4	VOD = 0,9	LAGRANGE.
48	H	48	VOG = 1/25	4	VOG = 1/200	ELLIOT. Gl. secondaire.
6	H	69	VOD = 0,5	3 1/2	VOD = 0,7	LAGRANGE.
22	H	68	VOD = 0,4	3	VOD = 0,4	LAGRANGE.
			VOG = 0.		VOG = 0.	LAGRANGE. Gl. absolu.
23	F	65	VOD = 0,2	3	VOD = 0,2	LAGRANGE.

	H	51	VOG = 0,3	3	VOG = 0,2	LAGRANGE, Gl. subaigu.
36	H	61	VOD = 0,2	3	VOD = P. L.	ElliOT. Cataracte sec.
44	H	57	VOD = 0,1	3	VOD = P. L.	ElliOT. Après Gl. aigu.
45	F	50	VOD = 0,1	3	VOD = 1/20	LAGRANGE.
46	F	58	VOD = 0,7	3	VOD = 0,7	ElliOT.
21	F		VOG = 0,7		VOG = 0,7	ElliOT.
	H	61	VOG = 0,9	3	VOG = 0,5	ElliOT. Gl. subaigu.
37	H	67	VOG = 0,3	3	VOG = 0,6	ElliOT (élargi av. pince de Vacher)
7	F	40	VOG = 0,1	3	VOG = 0,9	ElliOT.
8	H	57	VOG = 0,8	2	VOG = 0,9	LAGRANGE.
9	H	54	VOD = 0,6	2	VOD = 0,7	LAGRANGE.
10	H	71	VOD = 0,5	2	VOD = 0,6	ElliOT.
11	F		VOG = 0,5		VOG = 0,5	ElliOT.
	F	68	VOG = 0,1	2	VOG = 0,3	LAGRANGE.
14	H	74	VOD = 0,1	2	VOD = 1/20	LAGRANGE. Opac. cristal.
47	H	79	VOD = 0,4	2	VOD = 0,4	ElliOT.
25	F	69	VOG = 0,4	2	VOG = 0,3	ElliOT.
38	H	71	VOG = 0,4	2	VOG = 0,4	LAGRANGE.
24	H	73	VOG = 0,1	2	VOG = 0,1	LAGRANGE.
26	F	60	VOD = 0,2	2	VOD = 0,3	ElliOT.
12	F	52	VOD = 0,2	2	VOD = 0,5	ElliOT (élargi avec p. de Vacher).
13	H	65	VOD = 0,1	2	VOD = 0,3	ElliOT.
15	F	53	VOG = 1.	2	VOG = 0,4	ElliOT.
39	F	61	VOD = 0,1	I 1/2	VOD = 0,2	ElliOT.
17	H	49	VOD = 0,2	I 1/2	VOD = 0,6	ElliOT (élargi av. p. de Vacher).
16	F		VOG = 0,3		VOG = 0,4	ElliOT » » » » » » » »
	H	68	VOD = 0,8	I 1/2	VOD = 0,7	LAGRANGE.
40	H	57	VOD = 0,2	I 1/2	VOD = 0,2	ElliOT (élargi av. p. de Vacher).
28	H	56	VOG = 0,4	I 1/2	VOG = 0,4	LAGRANGE.
27	H	57	VOD = 0,1	I 1/2	VOD = 0,1	LAGRANGE.
29	H		VOG = 0,7	I	VOG = 0,5	ElliOT.
41	F					

Résultats tensionnels.

Sur 57 yeux fistulisés, la tension revint à la normale et y demeura 44 fois, soit **77 % de bons résultats tensionnels.**

Si maintenant nous étudions la valeur des résultats en fonction de la tension finale, nous voyons que dans aucun des très bons résultats, la tension, lors du dernier examen, ne dépassait 25 mm. de Hg.

Une seule fois (Obs. 2) la vision a été perdue, malgré une tension basse et une fistule fonctionnant parfaitement. Peut-être est-ce parce qu'avec un rétrécissement du champ visuel important, le glaucome était très avancé au moment de l'intervention.

Nous devons dire ici, pour être juste, que, lorsque nous avons constaté ce fait, à savoir que l'acuité visuelle était mauvaise dans tous les cas où la tension était restée élevée, il s'agissait le plus souvent de trépanation d'ELLIOT. Deux fois, seulement, il s'agissait de sclérectomies de LAGRANGE. Chez le premier, la fistule resta perméable 6 ans (Obs. 42), et chez l'autre, un an environ (Obs. 46).

Par contre, il est intéressant de noter qu'une tension très basse, obtenue surtout avec l'opération de LAGRANGE, n'est pas incompatible avec un bon résultat visuel. (Voir Obs. 9, 23, et surtout 22, où la tension trouvée était de 6 mm.)

La normalisation de la tension est donc nécessaire, sinon suffisante, à l'obtention d'un bon résultat fonctionnel.

Résultats suivant la technique opératoire.

Dans les 55 cas qui nous intéressent :

La sclérecto-iridectomie selon ELLIOT a été pratiquée 34 fois ;

La sclérecto-iridectomie selon LAGRANGE a été pratiquée 21 fois.

D'après les chiffres que nous avons relevés, on voit que les *résultats visuels*, après trépanation ou résection, sont à *peu près semblables*.

Avec la technique d'ELLIOT, nous relevons :

20 bons résultats = 58,8 %

8 assez bons résultats ... = 23,5 %

6 mauvais résultats = 17,7 %

34

Avec la technique de LAGRANGE, nous relevons :

13 bons résultats = 61,6 %

4 assez bons résultats ... = 19,1 %

4 mauvais résultats = 19,1 %

21

Résultats suivant la clientèle.

Clientèle particulière : 25 yeux fistulisés :

17 bons résultats = 68 %

5 assez bons résultats .. = 20 %

3 mauvais résultats = 12 %

Clientèle d'hôpital : 30 yeux fistulisés :

16 bons résultats = 53,3 %

5 assez bons résultats ... = 16,6 %

Les *résultats acuité* sont, comme on peut en juger, nettement *meilleurs chez les opérés de clinique privée*. Ceci semble s'expliquer par le fait que les malades sont mieux surveillés.

Complications.

On a reproché à la fistulisation de favoriser l'**infection**. Survenant sur des yeux opérés depuis longtemps, cette infection est bien connue. Elle constitue une cause certaine de baisse de l'acuité, quelquefois même entraîne la perte de l'œil. Il importe donc d'en préciser la fréquence et les conditions d'apparition.

Les cas publiés se multiplient tous les jours.

Il faut signaler les travaux de PADERSON, QUACKENBOOS, STANDISCH et d'HARRISON BUTLER, qui ont rapporté des complications nombreuses et de toutes sortes. Plus récemment MORAX, DUPUY-DUTEMPS, COMBERG et SCHONENBERG, au congrès d'Amsterdam en 1929, VILLARD et TERSON au congrès de la Société française d'Ophtalmologie en 1929, ont parlé de ces mêmes complications.

La fréquence de l'*infection tardive* varie, selon les statistiques, de 1/2 à 2 % environ, et sa date d'apparition de quelques mois à plusieurs années après l'opération. Il est, par contre, plus difficile de se faire une opinion sur la fréquence comparée de l'infection tardive après les différentes techniques de sclérectomie.

On est frappé par le nombre de trépanations que les cas d'infection publiés concernent. La fistule sclérale, dans l'opération d'ELLIOT, n'étant séparée de l'extérieur que par la conjonctive limbique, on comprend qu'une inflammation puisse se produire facilement. Les infections de la conjonctive, rendue moins résistante après l'opération (tension à supporter, nécrose de son épithélium par mauvaise nutrition), sont fréquentes chez les ruraux, souvent atteints d'ulcères serpiginieux.

En 1916, PLOMAN constate que, sur 60 cas recueillis dans la littérature, 46 appartiennent à l'opération d'ELLIOT. « Il y eut 16 fois de l'iritis, dont 2 cas graves avec séclusion, une fois de l'iridocyclite ayant nécessité l'énucléation, une fois une hypotonie définitive. Ce sont là certainement des résultats dûs à la blessure du corps ciliaire. »

MORAX et FOURRIÈRE (1921) constatent 4 infections irido-ciliaires, toutes consécutives à une trépanation.

MELLER, 5 cas d'infection tardive après 307 sclérectomies selon LAGRANGE, avec un pourcentage légèrement plus élevé après trépanations.

ROCHON-DUVIGNEAUD, 1 cas sur 150 sclérectomies.

HEGNER, 6 sur 92.

Par contre, GROSZ ne relève que 2 cas d'infection sur 401 opérations d'ELLIOT et CRIDLAND, aucune sur 70 opérations de LAGRANGE, faites à propos.

BIRCH-HIRSCHFELD (1922) assure n'avoir pas eu d'infection après 65 sclérectomies selon ELLIOT, mais il reconnaît leur existence dans les grandes statistiques.

Enfin plus près de nous, ONFRAY, ABELOOS et SUYS rapportent 1 cas d'iridocyclite sur 25 trépanations, à la Société française d'Ophtalmologie (1934) et JOSEPH,

dans sa thèse inaugurale, trouve 5 cas — 3 graves et 2 curables — sur 136 sclérecto-iridectomies.

Pour toutes complications, nous avons pu noter dans nos observations :

— Quelques réactions iriennes, comme LAGRANGE l'avait signalé, au moment de l'intervention.

— 1 Panophtalmie survenant 9 ans après un ELLIOT suivie d'énucléation (Obs. 1).

— 1 iritis légère accompagnant une conjonctivite, 2 ans après un ELLIOT (Obs. 3).

— 3 débuts de cataracte, chez des malades âgés (Obs. 33 et 47).

— 1 cataracte secondaire (Obs. 44). Il s'agissait d'un œil opéré de cataracte complète, 3 mois avant.

— Enfin quelques scléroses cristalliniennes entraînant de la myopie cristallinienne (ex. Obs. 11).

On a donc trop exagéré les dangers d'infection après la fistulisation. Les complications tardives sont, en somme, peu fréquentes et remédiables — au moins chez les opérés qui se surveillent et font traiter les moindres inflammations conjonctivales.

RÉSULTATS D'APRÈS LES STATISTIQUES PARUES

Nous avons essayé de mettre de l'ordre parmi les statistiques qui ont été publiées jusqu'à ce jour, en les classant *par ordre chronologique*. Nous nous excusons des omissions, volontaires ou non, que nous avons pu faire dans cette énumération, la bibliographie spéciale étant abondante et écrite en toutes langues.

Nous nous sommes contenté des documents que nous avons sous la main, qui sont amplement démonstratifs.

1913. — Au Congrès International de Londres, LAGRANGE publie une statistique de 104 cas, suivis de 1 à 9 ans. Il obtient 85 % de bons résultats visuels, et 100 % de bons résultats tensionnels. Dans les 15 cas défavorables, figurent 8 cataractes tardives, dont 4 pourtant opérées avec succès. Dans un seul cas la vision baissa immédiatement après l'opération. Jamais la cataracte n'a été la conséquence du traumatisme opératoire.

ELLIOT et ses partisans ont, dans l'ensemble, annoncé un pourcentage de succès de 73 % (PLOMAN).

HEGNER, sur 52 cas de glaucomes simples, opérés pour trépanation, enregistre 46,1 % de résultats favorables, pour la fonction visuelle. Il y a 11,5 % de cécités, et 71 % de succès tensionnels.

ROCHON-DUVIGNEAUD publie 30 observations de Gl. Chr. détaillées, dans lesquelles il obtient 70 % de résultats favorables, c'est-à-dire d'acuités relevées, stabilisées, ou abaissées de façon insignifiante.

1909 à 1917. — Observations de la clinique ophtalmologique de l'Institut CAROLIN, publiées par PLOMAN et GRANSTROM.

Dans 81 cas de Gl. Chr. suivis, technique HOLTH, le résultat a été favorable, pendant au moins 3 ans, dans 47 % des cas.

Sur 151 cas suivis, technique ELLIOT, il y a eu 48 % de bons résultats.

1921. — Dans une étude portant sur 96 sclérecto-iridectomies, suivies pendant plus de 2 ans, MORAX et FOURRIÈRE relèvent : 75,6 % de bons résultats visuels — mis à part les 13 glaucomes absolus — et 92 % de bons résultats tensionnels.

MORAX, dans sa pratique privée, note sur 32 cas, examinés après plus de 2 ans, 25 cas favorables.

1922. — Dans une statistique portant sur 49 malades, tous opérés selon LAGRANGE, BARON trouve 82 % de succès acuité, 88 % de succès tension.

1921-1929. — LOFGREN expose les résultats des opérations antiglaucomateuses pratiquées à la clinique d'Helsingfors (professeur GRONHOLM).

Les résultats éloignés n'ont été constatés que dans 115 cas (48 % de l'ensemble).

Dans le glaucome simple, sur 69 cas, il existe 62 % de bons résultats visuels, avec tension inférieure à 27 mm. de Hg (technique ELLIOT) et 57 % (technique HOLTH ou LUNDGAARD).

Dans le glaucome inflammatoire chronique, sur 18 cas, le résultat éloigné a été bon dans 39 % des sclérectomies selon ELLIOT.

Le nombre des cas opérés par la technique HOLTH, étant insuffisant pour en déduire un pourcentage, l'auteur conclut en faveur de l'opération d'ELLIOT.

1934. — ONFRAY, ABELOOS et SUYS, sur 37 yeux fistulisés, notent 57 % de bons résultats visuels. Ils insistent sur l'utilité de l'opération précoce.

1935. — Sur 80 cas de Gl. Chr. ayant au départ plus de 0,1 d'acuité, JOSEPH relève 70 % de bons résultats visuels, et 79 % de succès tensionnels sur la totalité des cas, observés de 2 à 9 ans (144). L'auteur conclut en spécifiant que l'intervention doit être précoce, quelle que soit l'atteinte des fonctions visuelles.

1936. — Dans notre statistique, qui porte sur 55 fistulisations, nous rappelons que, dans 72 % des cas, les résultats visuels ont été satisfaisants, et dans 77 % des cas il y a eu normalisation de la tension.

CONCLUSIONS

Notre statistique ne porte pas sur un nombre suffisant d'observations, pour conclure en faveur de la technique de LAGRANGE, ou de celle d'ELLIOT. Il semblerait toutefois que la sclérectomie selon LAGRANGE, donne de meilleurs résultats tensionnels.

Quelle que soit la technique employée, on peut dégager de notre étude les trois règles suivantes :

1. L'opération est utile.

L'utilité de l'opération, dans le Gl. Chr., n'est plus à démontrer. Nous citerons, tout de même, une de nos observations, car elle confirme bien cet aphorisme.

Il s'agit d'une personne âgée, employée d'hôpital, dont l'œil droit, porteur d'opacités légères du cristallin, est atteint de Gl. Chr. On pratique sur cet œil une fistulisation, selon la méthode de LAGRANGE. Trois ans après, il conserve les 2/10^e qu'il possédait au moment de l'intervention. Par contre, l'œil gauche, qui avait 0,8, n'a pas été touché. Nous le trouvons en état de glaucome absolu (Obs. 23).

2. L'opération doit être précoce.

L'amélioration de l'acuité, compte tenu des erreurs dont nous avons parlé à propos des résultats visuels, est très rare. Dans la règle, on ne peut guère souhaiter mieux que conserver ce qui reste de vision, autant donc opérer lorsqu'il en reste beaucoup.

Les chutes de 1 ou 2/10^e sont fréquentes, dans les années qui suivent l'intervention. Le malade qui voit passer sa vision de 1 à 0,8, est évidemment moins gêné, de ce fait, que celui qui, ayant eu au départ 0,2, ne peut plus que compter les doigts à un mètre. Du point de vue statistique, le premier entre dans les assez bons résultats, le second dans les très mauvais.

L'amélioration ou la conservation de l'acuité, et ceci a été constaté pour la plupart des auteurs, est d'autant plus fréquente, que celle-ci est meilleure au moment de l'opération.

Le pronostic paraît également plus favorable chez les malades jeunes (voir Obs. 2, 4, 5, 8, 16, 35, 41).

3. L'opération n'entraîne pas de chute brusque de la vision.

Dans aucune de nos observations, nous n'avons trouvé de baisse subite de l'acuité, pouvant être mise sur le compte de l'opération.

Dans certains cas de Gl. Chr., il n'y a pas d'hypertension ou très peu, et il se produit, à la longue, une atrophie grise avec excavation. Ce processus de glaucome évolue lentement, et l'excavation survient par

diminution de la résistance de la coque de l'œil, au niveau de la lamina cribrosa. Des cas de cette nature ont été publiés par MARQUEZ, ELSCHNIG et MORAX.

L'établissement d'une plaie sclérale persistante n'est donc pas tout dans la question du glaucome, et même de l'hypertension. Le mécanisme de la guérison reste encore à étudier.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Traitement du Glaucome Chronique
par la sclérectomie fistulisante —
Résultats éloignés.*

par M. François HÉRAN.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 1^{er} février 1936.

Le Professeur,
D. H. VILLARD.

Vu :

Montpellier, le 1^{er} février 1936.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 1^{er} février 1936.

P. le Recteur,
Le Doyen délégué,
Vice-Président du Conseil de l'Université :
GODECHOT.

BIBLIOGRAPHIE

- AXENFELD. — Discussion des nouvelles opérations anti-glaucomeuses. (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, sept. 1913, p. 383.)
- BARON. — Résultats éloignés de la sclérecto-iridectomie dans le traitement du Glaucome chronique. Bordeaux, 1922.
- BONNEFON. — Introduction à l'étude des hypertensions oculaires. Paris, 1931.
- DAVENPORT. — Résultats éloignés de la trépanation pour glaucome (*Br. J. of Ophtal.*, 1926, p. 478.)
- DEL BARRIO. — Fistulisation interne par l'iridenclesis scléro-ciliaire dans le glaucome. (*Annales d'Oculistique*, 1934, p. 977.)
- DUVERGER et VELTER. — Traitement chirurgical du Gl. Chr. (*Archives d'Ophtalmologie*, 1930, p. 5.)
- ELLIOT. — L'opération de la trépanation pour glaucome, son histoire, sa technique, ses indications, ses résultats. (*The Ophtalmoscope*, 1911, p. 567.)
- ELSCHNIG. — Uber Ziklodialys. (*Zeitsch. f. Aug.*, 1909.)
- GROSZ. — La trépanation dans le glaucome. (*Zeitsch. f. Aug.*, 1920, p. 177.)
— Trépanation ou cyclodialyse. (*Soc. ophtal. d'Heidelberg*, août 1928.)
- HARRISON BUTLER. — *The brit. jo. of Ophtalm.*, 1932, p. 747.
- HEGNER. — Recherches cliniques sur les résultats éloignés de la trépanation anti-glaucomeuse. (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1919, p. 36.)
- HEINE. — La cyclodialyse, nouvelle opération du glaucome. (*Deutsch. Med. Woch.*, 1905, n. 22.)
- HERBERT. — Résultats opératoires tardifs du glaucome. (*Brit. J. of Ophtalm.*, 1921, p. 417.)
— Nouvelle technique de la sclérectomie avec la pince emporte-pièce, dans le glaucome chronique. (*Br. J. of Ophtal.*, 1921, p. 544.)

- HOLTH. — Ein neues prinzip der operativen behandlung der glaukoms. (*Heidelberger Br.*, 1906, S. 123.)
 — Meine iridoenktesis-operationen. (*Ref. Annales d'oculist.*, août 1932.)
- JOSEPH. — *Résultats éloignés des opérations anti-glaucomeuses.* (Paris, 1935.)
- LAGRANGE. — Traitement du glaucome par l'irido-sclérectomie. (*Soc. méd. de Bordeaux, et Assoc. fr. de Chir. de Paris*, 1905.)
 — De la fistulisation de l'œil. (*Arch. d'Ophtalm.*, 1909, p. 138.)
 — Traitement du Gl. Chr. (Congrès intern. de Budapest, 1909.)
 — Pronostic du Gl. Chr. (*Arch. d'Ophtalm.*, juin 1913.)
 — Rapport au Congrès de Londres, 1913.
 — Des opérations décompressives dans le traitement du Gl. Chr. (*Archives d'Ophtalm.*, 1920, p. 641.)
 — *Glaucome et hypotonie.* (Chez Doin, 1922.)
- LOFGREN. — Les résultats des opérations antiglaucomeuses. (*Acta Ophtal.*, 1932, p. 77.)
- MALCOLM HEPBURN. — Résultats de 140 trépanations pour glaucome. (*The Brit. j. of Ophtalm.*, 1922, p. 97.)
- MAUKELS. — Evolution maligne de l'hypertension après la cyclo-dialyse. (*Zeitsch. f. Aug.*, 1924, p. 167.)
- MAUKSCH. — Ein vorschlag für eine neue glaukomoperation. (*Zeitsch. f. Aug.*, 1929, B. 67 S. 313.)
- MORAX. — *Glaucome et glaucomateux.* (Paris, 1921.)
 — Résultats éloignés de la sclérecto-iridectomie dans la pratique privée. (*S. F. O.*, 1921.)
 — Résultats éloignés de la sclérecto-iridectomie dans la pratique hospitalière. (*S. F. O.*, mai 1921.)
 — L'infection tardive dans les opérations anti-glaucomeuses. (*XIII^e Congrès intern. d'Ophtalm.*, p. 520.)
- MRAZOVA. — Efficacité therap. de la trépanation d'ELLIOT et de la cyclo-dialyse dans le glaucome primitif. (*Soc. Tchec. d'Opht.*, 1930.)
- ONFRAY, ABELOOS et SUYS. — Les résultats éloignés de la fistulisation cornéo-sclérale dans le Gl. Chr. (*S. F. O.*, 1934, p. 297.)
- PILLAT. — Erfahrungen mit Holthsehen iridenkleisis. (*Heidelberger br.*, 1927.)
 — *Recherches sur le mode d'action des opérations fistulisantes et considérations sur l'iridenclesis de HOLTH.* (Berlin, 1928.)
- PILOMAN et GRANSTROM. — Résultat fonctionnel post-opératoire dans les cas de glaucome primitif, opérés à la clinique de l'Institut CAROLIN de 1909 à 1927. (*Acta Ophtal.*, 1932, p. 54.)

- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Contribution à l'étude de la trépanation d'ELLIOT. (*Clin. Ophthal.*, 1914, p. 437.)
— Vraies et fausses cicatrices filtrantes après la trépanation sclérale. (*S. F. O.*, 1931.)
- RUSH. — Observation d'un cas de Gl. Chr. et résultat opératoire. (*Am. J. of Ophthl.*, 1920, p. 816.)
- SIWZEW. — Infection tardive après l'opération d'ELLIOT. (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1925, p. 739.)
- STEIN. — Les résultats durables de la cyclodialyse. (*Arch. f. Aug.*, 1930, p. 626.)
- STOCK. — Sur les résultats de la trépanation d'ELLIOT dans le glaucome. (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, oct. 1912.)
- STOEWER. — Infection tardive après opération d'ELLIOT. (*Id.*, 1914, p. 425.)
- SUKER. — L'opération de filtration de MAUKSCH dans le Gl. Chr., résultats de 24 opérations. (*Am. J. of Ophthl.*, 1931, p. 732.)
- SULZER. — Résultats du traitement opératoire du glaucome de son institution à nos jours. (*Ann. d'Oculist.*, vol. CLI, p. 401.)
- TERRIEN. — *Chirurgie de l'œil et de ses annexes*. (Paris, 1902.)
- VALUDE. — A propos de l'irido-sclérectomie. (*Ann. d'Ocul.*, 1908, p. 346.)
- VILLARD et BOUNIOL. — Traitement des infections intra-oculaires tardives consécutives à l'opération d'ELLIOT. (*S. F. O.*, 1929.)
- VOLLARO. — Technique et résultats de la sclérectomie de LAGRANGE dans le Gl. Chr. simple. (*Bull. d'Ocul.*, 1922, p. 108.)
- WYKHODTZEW. — *Influence de la cyclodialyse*. (St-Petersbourg, 1907.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
I. — Opérations peu pratiquées en France	11
Cyclodialyse de HEINE	11
Iridenclesis de HOLTH	12
Iridenclesis scléro-ciliaire de DEL BARRIO	14
II. — Opérations pratiquées sur les malades de nos observations.	16
Technique de l'opération de LAGRANGE	17
Technique de l'opération d'ELLIOT	19
III. — Observations	21
1° Acuité visuelle initiale égale ou supérieure à 0,1 :	
a) Acuité visuelle augmentée	23
b) Acuité visuelle stationnaire	30
c) Acuité visuelle diminuée, mais restant égale ou supérieure à 0,1	35
d) Acuité visuelle tombée à moins de 0,1	40
2° Acuité visuelle initiale inférieure à 0,1.	
a) Acuité visuelle initiale et finale nulle	42
b) Acuité diminuée	42
IV. — Résultats éloignés	43
Résultats visuels	43
Evolution de l'acuité des yeux fistulisés (tableau)	46
Résultats tensionnels	48
Résultats suivant la technique opératoire	49
Résultats suivant la clientèle	49
Complications	50
V. — Résultats d'après les statistiques parues	53
Conclusions	57
Bibliographie	60

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



